



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO



UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

Especialização em Saúde da Família

Marina Cordeiro Afradique

**Projeto de Intervenção em pacientes adultos com depressão e uso
inadequado de antidepressivos**

Rio de Janeiro

2015

Marina Cordeiro Afradique

**Projeto de Intervenção em pacientes adultos com depressão e uso
inadequado de antidepressivos**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado, como requisito parcial para
obtenção do título de especialista em
Saúde da Família, à Universidade Aberta
do SUS.

Supervisora: Jaciara Vitorino
Tutor: Mário Rogério da Silva Santos

Rio de Janeiro
2015

RESUMO

Este estudo propõe um projeto de intervenção, calcado em atividades psicossociais e de controle de antidepressivos, a ser realizado com um grupo de pacientes adultos com depressão ou suspeita de depressão em uma Unidade Básica de Saúde, situada na Vila São Luís em Belford Roxo, para melhor identificar e avaliar a real necessidade do consumo de antidepressivos na população adulta atendida na referida Unidade de Saúde. Para tanto, identifica o estado de arte da depressão no Brasil e no mundo; aponta a importância da abordagem psicossocial ao paciente com depressão e mostra a importância da medicação antidepressiva quando bem indicada. O público-alvo serão os usuários do serviço na Unidade Básica de Saúde (UBS) Vila São Luís em Belford Roxo, município do Rio de Janeiro, vinculada à Estratégia de Saúde da Família (ESF) que atende a seis micros áreas e exerce uma cobertura populacional em torno de 7000 pessoas. Serão realizadas três oficinas de sensibilização de usuários vinculados a essa UBS, que apresentavam depressão e em uso de antidepressivos, com o objetivo de posterior implantação de um grupo de saúde mental no território. Espera-se, ao final do Projeto, ver diminuído o consumo de antidepressivos na população adulta atendida na UBS em apreço como consequência de uma melhor abordagem no acompanhamento desses pacientes.

Palavras-chave: Projeto de Intervenção; Unidade Básica de Saúde; Depressão

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	03
1.1 Situação- Problema	04
1.2 Justificativa	04
1.3 Objetivos	05
Objetivo Geral	05
Objetivo Específico	05
2. REVISÃO DE LITERATURA	06
3. METODOLOGIA	12
3.1 Desenho da Operação	12
3.2 Público-alvo	13
3.3 Parcerias Estabelecidas	13
3.4 Recursos Necessários	13
3.5 Orçamento	13
3.6 Cronograma de Execução	13
3.7 Resultados Esperados	14
3.8 Avaliação	14
4. CONCLUSÃO	15
REFERÊNCIAS	16

1. INTRODUÇÃO

Este trabalho foi realizado para cumprir exigência do Curso de Especialização em Saúde da Família, oferecido pela Universidade Aberta do SUS e se volta para o atendimento ao adulto com depressão, com uso inadequado de medicamentos no Programa Saúde da Família (PSF).

A atual política de saúde mental brasileira é resultado da mobilização de usuários, familiares e trabalhadores da Saúde, iniciada na década de 1980 com o objetivo de mudar a realidade dos manicômios onde viviam mais de 100 mil pessoas com transtornos mentais. Nas últimas décadas, esse processo de mudança se expressa especialmente por meio do Movimento Social da Luta Antimanicomial e de um projeto coletivamente produzido de mudança do modelo de atenção e de gestão do cuidado: a Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2013).

Nessa linha, a atenção aos portadores de transtornos mentais passa a ter como objetivo o pleno exercício de sua cidadania, e não somente o controle de sua sintomatologia. Isso implica organizar serviços abertos, com a participação ativa dos usuários e formação de redes com outras políticas públicas (educação, moradia, trabalho, cultura etc) (BRASIL, 2013).

O desafio que se coloca é, ao invés de criar circuitos paralelos e protegidos de vida para seus usuários, habitar os circuitos de trocas nos territórios da sociedade, o que leva o desafio da saúde mental para além do SUS, já que, para se realizar, ele implica a abertura da sociedade para a sua própria diversidade.

A motivação para este estudo surgiu da constatação de que os princípios do movimento iniciado na década de 1980 tornaram-se uma política de estado e, nessa linha, as Unidades Básicas de Saúde assumem importante função na composição da rede comunitária de assistência em saúde mental (BRASIL, 2013). Além disso, a minha experiência dentro da Unidade de Saúde de Família fez com que eu me questionasse sobre o “abandono” em que esses pacientes se encontravam, tendo, muitas vezes, seu tratamento baseado em simples “renovações de receitas”, sem o devido acompanhamento.

A depressão é um problema clínico comum, caracterizado por uma complexa rede de causas e sintomas psicológicos, comportamentais e neurológicos (THIBODEAU et al., 2015). Trata-se de uma condição de saúde mental comum, vista atualmente, como crônica ou de longo prazo. (CHAMBERS et al., 2015).

Apesar dessas definições clínicas, o vocábulo "depressão" constantemente tem sido deturpado pela imprensa leiga, pela linguagem popular e, até mesmo, pela linguagem jurídica, onde, comumente, é empregado para designar estados afetivos que envolvem tristeza, decepção, enfado, luto, baixa autoestima, revolta e tantos outros sentimentos. Nesse sentido, observa-se, atualmente, uma pressão social para o uso de drogas tranquilizantes e antidepressivas, de forma indiscriminada, para amenizar situações que são próprias da condição humana. O psicotrópico, para muitas pessoas, se constitui em objeto de desejo e de consumo (HENRARD; REIS, 2014).

No Brasil, o número de mortes relacionadas com depressão cresceu 705% em 16 anos. No caso de mortes relacionadas à depressão, os maiores índices estão concentrados em pessoas com mais de 60 anos, com o ápice depois dos 80 anos (DATASUS, 2012).

Diante do exposto, este estudo pretende, a partir de uma revisão bibliográfica e documental, apresentar um projeto de intervenção que viabilize, ao Programa Saúde da Família (PSF), com âmbito na Estratégia Saúde da Família (ESF), aumentar a adesão ao tratamento do paciente com depressão e diminuir a recidiva e a recorrência dos episódios depressivos. Através desta estratégia, a equipe do PSF, conseguirá criar um maior vínculo com o paciente e sua família, possibilitando deste modo entrar em contato com as suas demandas mais prementes e evitando com isso que a equipe tenha um olhar reducionista para uma patologia tão complexa. O paciente deverá ser visto pelo profissional de saúde como um indivíduo que está inserido dentro de um contexto psicossocial, cultural e econômico e através desse viés deverá ser tratado.

1.1 Situação-Problema

A partir da ideia de que a depressão é uma doença mental, que pode ser tratada na Unidade Básica de Saúde, a situação-problema que se apresenta para este trabalho é: “De que forma um projeto de intervenção psicossocial e medicamentosa em uma Unidade Básica de Saúde pode melhorar a qualidade de vida dos pacientes adultos com depressão ali atendidos?”

1.2 Justificativa

O estudo se justifica na ideia de que ações básicas de diagnóstico e intervenção psicossocial e medicamentosa em pacientes com depressão podem ser realizadas na Atenção Primária à Saúde, a partir do momento em que conseguem formar equipes multidisciplinares voltadas para os princípios da Saúde Mental Preconizados pelo SUS (BRASIL, 2013).

O fato de que a depressão pode ser tratada na Atenção Primária à Saúde (APS), porta de entrada do sistema de saúde pública, visando à detecção, à intervenção psicossocial e ao tratamento medicamentoso eficaz dessa patologia também justifica um Projeto de Intervenção que privilegie o paciente com depressão e o atendimento integral da equipe da Unidade Básica de Saúde aos familiares e cuidadores (BRASIL, 2013).

1.3 Objetivos

- *Objetivo geral*

Propor um projeto de intervenção, calcado em atividades psicossociais e de controle de antidepressivos, a ser realizado com um grupo de pacientes adultos com depressão ou suspeita de depressão em uma Unidade Básica de Saúde, situada na Vila São Luís em Belford Roxo, para melhor identificar os pacientes com depressão e diminuir o consumo de antidepressivos na população adulta atendida na referida Unidade de Saúde.

- *Objetivos específicos*

Identificar o estado de arte da depressão no Brasil e no mundo.

Apontar a importância da abordagem psicossocial ao paciente com depressão.

Mostrar a importância da medicação antidepressiva quando bem indicada.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 O estado de arte da depressão

A análise epidemiológica, econômica e social do número crescente de pessoas que vivem com depressão aponta a necessidade da implantação de políticas públicas de saúde que minimizem as dificuldades socioeconômicas dessas pessoas e de suas famílias e propiciem a manutenção da sua qualidade de vida.

Estima-se que 350 milhões de pessoas são afetadas no mundo. A depressão é diferente das flutuações de humor habituais e respostas emocionais de curta duração para os desafios na vida cotidiana. Especialmente, quando de longa duração e com intensidade moderada ou grave, pode se tornar um problema de saúde grave, pois pode causar à pessoa afetada muito sofrimento e problemas no trabalho, na escola e na família. Na pior das hipóteses, a depressão pode levar ao suicídio. Mais de 800 000 pessoas morrem por suicídio todos os anos. O suicídio é a segunda principal causa de morte em pessoas de 15-29 anos (WHO, 2015).

A depressão é caracterizada por sintomas que perduram por pelo menos algumas semanas, com prejuízo e sofrimento evidentes (APA, 2002). Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV, 2000), os transtornos depressivos manifestam-se como:

1. **Episódio Depressivo Maior (EDM):** apresenta, obrigatoriamente, pelo menos, um dos seguintes sintomas: humor deprimido ou perda de interesse ou prazer, associado a três ou mais dos seguintes sintomas: humor deprimido na maior parte do dia; interesse ou prazer acentuadamente diminuído por todas ou quase todas as atividades, na maior parte do dia; perda ou ganho significativo de peso sem estar em dieta, ou diminuição ou aumento de apetite; insônia ou hipersonia; agitação ou retardo psicomotor; fadiga ou perda de energia; sentimento de inutilidade ou culpa excessiva ou inadequada; capacidade diminuída de pensar ou concentrar-se, ou indecisão;

pensamentos de morte recorrentes, ideação suicida recorrente sem um plano específico, tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio.

2. **Transtorno Depressivo Maior (TDM):** caracterizado por um ou mais episódios depressivos maiores.
3. **Transtorno Distímico:** caracterizado por pelo menos dois anos de humor deprimido, na maior parte do tempo, acompanhado por sintomas depressivos adicionais que não satisfazem os critérios para um episódio depressivo maior.
4. **Transtorno Depressivo sem outra especificação.** Existem diversos subtipos de depressão de acordo com a sintomatologia clínica (melancólica ou somática, psicótica e atípica), polaridade (bipolar ou unipolar), curso (recorrente, breve recorrente e persistente), fatores desencadeantes (sazonal e puerperal). Além disso, a literatura científica classifica a depressão de acordo com a gravidade em:
 - I. **Depressão leve:** não incapacita, mas ocasiona sofrimento considerável;
 - II. **Depressão moderada:** compromete parcialmente o desempenho profissional ou doméstico;
 - III. **Depressão grave:** é incapacitante social e profissionalmente (GORENSTEIN; MORENO, 2011).

Os pacientes com depressão ainda podem apresentar uma multiplicidade de sintomas somáticos. A gravidade da doença pode variar de leve a muito grave (GORENSTEIN; MORENO, 2011).

Dessa forma, a depressão caracteriza-se por uma doença multifatorial, que envolve fatores genéticos, biológicos e psicossociais.

Estima-se que os fatores genéticos explicariam 40 a 79% da vulnerabilidade para a psicopatologia e que os fatores ambientais interfeririam na expressão gênica. Diversos estudos constataram que filhos de depressivos apresentam risco maior em desenvolver quadros mais precoces, graves e recorrentes de depressão (SALOMA et al., 2009). No entanto, apesar de o fator genético desempenhar papel bastante importante nesta patologia, não se pode deixar de citar os fatores ambientais como possíveis gatilhos precipitantes de quadros depressivos (POST et al., 2000).

Os eventos estressantes da vida desempenham papel importante na patogênese dos transtornos de humor, principalmente, no desencadeamento de episódios depressivos e estão bem estabelecidos como precipitantes agudos de

doenças psiquiátricas (KENDLER et al., 2003). Segundo alguns autores, o estresse poderia levar ao desencadeamento do primeiro episódio depressivo em indivíduos geneticamente vulneráveis, logo, necessitariam de menos estresse para o desencadeamento de novas crises e se tornariam mais vulneráveis à reedição de novos episódios depressivos diante de diferentes estressores (ZAVASCHI et al., 2002).

Dentre os fatores associados à depressão na vida adulta, encontram-se a exposição aos estressores na infância, como abusos e negligências, morte dos pais ou substitutos, privações materna ou paterna por abandono, separações ou divórcios, entre outros (ZAVASCHI et al., 2002).

A depressão afeta pessoas em qualquer fase da vida, no entanto, a incidência é mais alta nas idades médias (LEWINSOHN, 1989). A prevalência do transtorno é de duas a três vezes mais frequente em mulheres do que em homens (cerca de 10-25% para mulheres e 5-12% para homens) (FLECK et al., 2009).

Pacientes com depressão têm persistentes e graves prejuízos psicossociais e ocupacionais, mesmo após a recuperação de um episódio agudo, pois a patologia frequentemente está associada com incapacitação funcional, e traz prejuízos na vida social, laboral e familiar do paciente (AY-WOAN et al., 2006).

Os prejuízos se estendem à sociedade, pois o indivíduo, além de perder dias de trabalho, aumenta o gasto com serviços médicos (KATON, 2003).

2.2 Abordagem psicossocial da depressão

O movimento de reforma psiquiátrica pode ser considerado como parte integrante de um movimento social por reformas políticas e sociais no campo da saúde mental. A reforma psiquiátrica vem sendo concebida como um movimento que busca a desconstrução de conceitos e práticas baseadas no isolamento e na exclusão social do fenômeno da loucura. Dentro dessa nova ótica de tratamento o sujeito deve ser acompanhado dentro do território onde vive, ou seja, na comunidade, com ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação. Com essas propostas, pode-se pensar na necessidade da parceria entre a saúde mental e a atenção básica para a ampliação do arsenal terapêutico, e também para evitar o distanciamento entre a comunidade e determinados fenômenos nascidos no interior dela, como a loucura. Essa articulação é vista como um dos eixos estratégicos para

repensar o atendimento em saúde na comunidade, tendo em vista que as dimensões sociais e culturais influenciam e são influenciadas pelos determinantes fisiológicos e psicológicos do adoecimento.

Nesse cenário, destaca-se o trabalho em grupo como um dos agentes de reabilitação psicossocial dentro da perspectiva de parceria Saúde Mental/ Atenção Básica. No trabalho em grupo, o usuário passa a ser parte integrante de um microgrupo, no qual pode reconhecer-se em sua singularidade e, ao mesmo tempo, manter ações interativas com os outros componentes desse mesmo microgrupo. Os vínculos, as trocas, a afetividade e a convivência reproduzidos entre os indivíduos participantes do microgrupo subsidiam o processo de reinclusão social.

2.3 Tratamento medicamentoso da depressão

A importância do tratamento farmacológico, principalmente em quadros depressivos moderados e severos, tem sido demonstrada na literatura. Está provado que, de 30 a 60% dos pacientes deprimidos não remitem após a primeira tentativa de tratamento, mas 50% dos pacientes chegam à remissão com uma segunda tentativa, seja pela troca do antidepressivo, seja por meio de estratégias de combinação de tratamento.

Os medicamentos usados no tratamento das depressões são designados por antidepressivos, utilizados para o tratamento das depressões moderadas e graves e das depressões crônicas, não alterando a personalidade da pessoa. Trata-se de medicamentos cada vez mais eficazes no controle e tratamento da depressão, o tratamento dura no mínimo quatro a seis meses, pois o efeito desses medicamentos pode demorar algumas semanas. Geralmente, 65% das pessoas melhoram ao fim de 3 meses de tratamento, pois, apesar de se começar a melhorar em 2 a 3 semanas, deve-se descontinuar o antidepressivo de forma gradual para evitar sintomas (SERRA, 2014).

Os antidepressivos são substâncias eficazes na remissão de sintomas característicos da síndrome depressiva, eles estão divididos em vários grupos de fármacos, com variadas formas de ação, mas pensa-se que todos eles aumentam a biodisponibilidade dos neurotransmissores: serotonina / noradrenalina. Há três classes principais:

- Tricíclicos (Ex. Amitriptilina, clomipramina);

- SSRIs (inibidores da recaptação de serotonina e/ou noradrenalina)
Ex. fluoxetina, paroxetina, sertralina, escitalopram;
- Inibidores da enzima MAO (Ex. venlafaxina, mirtazapina (SERRA, 2014)).

No tratamento farmacológico, utiliza-se a terapêutica em longo prazo, com duração mínima de 3 meses após o início dos sintomas, 8 em cada 10 pessoas sofrem de uma recidiva, evita eventuais recidivas de uma depressão; quanto mais episódios depressivos uma pessoa sofrer, mais facilmente está sujeito a eles; sendo necessário prescrever uma terapêutica de continuação e manutenção (SERRA, 2014).

Assim, o tratamento da depressão pode ser observado em fases até que o paciente tenha uma remissão completa dos sintomas (FLECK et al., 2009; DEL PORTO et al., 2009). Estima-se, no entanto, que, de 30 a 50% dos pacientes deprimidos não se recuperam totalmente com o tratamento medicamentoso (ROZENTHAL et al., 2004).

As taxas de descontinuação medicamentosa precoce são altas (OLFSON et al., 2006), como também são altas as taxas de não aderência, registradas entre todas as classes de antidepressivos, pelo fato de muitos pacientes não cumprirem as prescrições que lhes são dadas, devido à falta de resposta ao tratamento, a estigma associado à doença psiquiátrica e aos efeitos adversos (REID; BARBUI, 2010).

Vale ressaltar que, quanto maior a duração da depressão não tratada, ou seja, o tempo, entre o início dos sintomas e o tratamento adequado, pior o curso clínico do transtorno em termos de número de recorrências e comorbidades do Eixo I (FLECK et al., 2009). Dessa forma, a depressão permanece como uma doença tratada de forma insatisfatória.

No entanto a depressão segue sendo subdiagnosticada e subtratada. Entre 30 a 60% dos casos de depressão não são detectados pelo médico clínico em cuidados primários (GEN HOSP PSYCHIATRY, 1998). A resistência ao tratamento está relacionada ao fracasso de um tratamento, devido à curta duração ou à dose inadequada do antidepressivo utilizado (NIERENBERG; AMSTERAN, 1990).

Outro aspecto a ser analisado são os fatores farmacocinéticos, pois alguns indivíduos metabolizam determinados fármacos mais rapidamente, o que faz com que a dose usual resulte em níveis séricos mais baixos, o que ocasiona má resposta

ao tratamento (VORMFELDE et al., 1997), ou mesmo o diagnóstico errôneo, que pode levar à impressão equivocada de resistência (DEL PORTO, et al., 2009).

Nesse contexto, pode-se afirmar que o diagnóstico precoce e o tratamento efetivo são vitais para diminuir os prejuízos da depressão na vida do indivíduo, da família e da comunidade (NEMEROFF et al., 2003).

Dessa forma, o tratamento medicamentoso tem comprovada eficácia para a depressão, mas seu efeito nem sempre é suficiente para prevenir recaídas em alguns pacientes. Para tanto, o tratamento medicamentoso combinado com intervenções psicossociais tem se tornado cada vez mais utilizado.

:

3 METODOLOGIA

3.1 Público-alvo

O público-alvo serão os usuários do serviço na Unidade Básica de Saúde (UBS) Vila São Luís em Belford Roxo, município do Rio de Janeiro, vinculada à Estratégia de Saúde da Família (ESF) que atende a seis micro áreas e exerce uma cobertura populacional em torno de 7000 pessoas.

Serão incluídos os usuários que se encontram em uso de psicofármacos e em acompanhamento pela Unidade, isto é, que recebem receitas controladas mensalmente e que possuem consultas de revisão agendadas a cada três meses.

Serão excluídos os menores de 18 anos, pacientes com quadros orgânicos, dificuldades de fala ou de locomoção até a UBS, déficits intelectuais e/ou em estado psicótico no momento da seleção.

Definidos os critérios de exclusão, todos os sujeitos que se enquadrarem na proposta serão convidados a participar das oficinas, por meio de convites entregues pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), sendo, porém, facultativo o comparecimento às oficinas. Para garantir o sigilo e o anonimato dos participantes, eles serão identificados pela letra “U” (usuário), seguida pela ordem em que aparecerem nas gravações.

3.2 Desenho da operação

Serão realizadas três oficinas de sensibilização de usuários vinculados a essa UBS, que apresentavam depressão e em uso de antidepressivos, com o objetivo de posterior implantação de um grupo de saúde mental no território. As três Oficinas serão denominadas de Oficina do Acolhimento; Oficina da Amizade e Oficina da Liberdade.

As oficinas serão desenvolvidas no interior da Unidade, coordenadas pela equipe de saúde, composta de um médico, uma enfermeira, uma auxiliar de enfermagem e uma psicóloga.

Cada oficina terá a duração de aproximadamente 1h30min e serão realizadas no período compreendido entre janeiro e fevereiro de 2016.

Para fins de registro e organização de informações, os encontros serão gravados em áudio e posteriormente transcritos na íntegra, acrescidos de informações sobre comportamentos e estados afetivos percebidos durante a observação dos participantes das oficinas.

3.3 Parcerias Estabelecidas

- Entre a equipe de saúde
- Entre a equipe de saúde e os usuários
- Entre a equipe de saúde e a comunidade como um todo

3.4 Recursos Necessários

3.4.1 Material

- Cartazes informativos
- Cadeiras para 20 pessoas
- 2 ventiladores comuns
- Folders informativos
- Mesa para lanche (frutas, sucos, água, sanduíches).
- Produtos de higiene: papel higiênico, sabonete, toalha

3.5 Orçamento

- Despesas com material de escritório: R\$50,00
- Despesas com lanches para os pacientes depois das sessões: R\$20,00 por lanche.

3.6 Cronograma de execução

ETAPAS	ATIVIDADES	OBJETIVOS	DURAÇÃO	RESPONSÁVEL
ETAPA 1	Seleção de pacientes			Equipe da ESF

ETAPA 2	Palestra de apresentação	Sensibilizar os pacientes	1:30h	Equipe da ESF
ETAPA 3	Início atividade prática Oficina Acolhimento	Produção de escutas e estratégias de corresponsabilização às demandas dos usuários Fortalecimento dos vínculos entre serviços, usuários e trabalhadores	1:30h	Equipe da ESF
ETAPA 4	Oficina Amizade	Dinâmica de grupo relacionada à amizade Fortalecimento de laços afetivos entre os participantes	1:30 h	Equipe ESF ESF
ETAPA 5	Oficina da Esperança	Dinâmica de grupo abordando as perspectivas de vida a curto e médio prazo	1:30h	Equipe ESF

3.7 Resultados esperados

Espera-se ao final deste Projeto:

- Promover a reflexão sobre os caminhos do cuidado em depressão na comunidade.
- Formação de novos vínculos, novas trocas, novas relações de afetividade e de convivência fundamentais para a reinclusão social.
- Pensar a ação conjunta entre a depressão e a atenção básica como possibilidade concreta.
- Discutir se os antidepressivos são totalizadores das ações desenvolvidas pelos trabalhadores dos serviços de saúde.

3.8 Avaliação

A avaliação será realizada a partir de uma entrevista semiestruturada entre 10 pacientes que participarem de todo o Projeto e componentes da ESF que acompanharão todo o processo. Essas entrevistas vão possibilitar uma visão abrangente do que ocorreu e facilitar transformações que permitirão melhorar o Projeto.

4 CONCLUSÃO

Espera-se, ao final do Projeto, aumentar a adesão ao tratamento criando um vínculo do paciente com a equipe, evitar as recaídas dentro de um mesmo episódio depressivo, além de diminuir a probabilidade de recorrência.

5 REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4th ed. Washington (DC): American Psychiatric Association, 2002.

AY-WOAN, P. et al. Quality of life in depression: predictive models. *Quality of life research*.; v.15, n.1, p. 39-48, 2006.

BELFORD ROXO. *Sobre Belford Roxo*. Disponível em:
< <http://www.encontrabelfordroxo.com.br/belford-roxo/>>. Acesso em: 19 dez.2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Cadernos de atenção básica: saúde mental*. Brasília: DF, 2013. Disponível em:
<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_sau_de_mental.pdf>. Acesso em: 19 dez.2015.

CHAMBERS, E. et al. The self-management of longer-term depression: learning from the patient, a qualitative study. *BMC psychiatry*.; v. 24, n.15, p. 172, 2015.

DATASUS. Departamento de Informática do SUS. *Saúde pública em alerta: no Brasil, mortes por depressão crescem mais de 700% em 16 anos*. Disponível em:
<<http://datasus.saude.gov.br/noticias/atualizacoes/512-saude-publica-em-alerta-no-brasil-mortes-por-depressao-crescem-mais-de-700-em-16-anos-mostram-dados-do-datasus>>. Acesso em: 19 dez 2015.

DEL PORTO, J.A. et al. Depressões resistentes. In: LACERDA, A.L.T. et al. *Depressão: do neurônio ao funcionamento social*. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FLECK, M.P. et al. Revisão das diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão. *Revista brasileira de psiquiatria*.; v. 31, n.1, p. S7-17, 2009.

HENRARD, L.; REIS, C. A medicalização do sofrimento psíquico na contemporaneidade. *Voos revista polidisciplinar*, v. 5, n. 2, s/p, 2014. Disponível em:
<<http://www.revistavoos.com.br/seer/index.php/voos/article/view/286/4>>. Acesso em: 19 dez.2015.

HOHMANN, A.; PINHO, L.B. Saúde mental na atenção básica: uma abordagem convergente assistencial. *Rev gaucha de enf.*; v.35, n.1, p.136-42, 2011.

JURUENA, M.F. Terapia cognitiva: abordagem para o transtorno afetivo bipolar. *Revista de psiquiatria clínica*.; v. 28, n. 6, p. 322-30, 2001.

KATON, W.J. Clinical and Health Services Relationships Between Major Depression, Depressive Symptoms, and General Medical Illness. *Biological psychiatry*.; v. 54, p.

216-26, 2003.

KENDLER, K.S. et al. Life event dimensions of loss, humiliation, entrapment, and danger in the prediction of onsets of major depression and generalized anxiety. *Archives of general psych.*; v.60, n.8. p. 789-96, 2003.

LEWINSOHN, P. The coping with depression course: review and future directions

Canadian journal of behavioural science.; v. 21, p. 470-93, 1989.

OLFSON, M. et al. Continuity of antidepressant treatment for adults with depression in the United States. *American journal psychiatry.*; v.163, n.1, p. 101-108, 2006.

PATTEN, S.B. Medical models and metaphors for depression. *Epidemiol psychiatr sci.*; v. 24, v.4, p.303-8, 2015.

POST, R.M. et al. Predictive validity of the sensitization and kindling hypotheses. In: SOARES, J.C.; GERSHON, S. (Edit). *Bipolar disorders: basic mechanisms and therapeutic Implications*. New York: Marcel Dekker, 2000; p. 387- 432.

REID, S.; BARBUI, C. Tratamento de longo prazo da depressão com inibidores seletivos da recaptação de serotonina e antidepressivos mais recentes. *BMJ Psiqu.*

v. 2, n.6, p. 25-9, 2010.

ROZENTHAL, M. et al. Aspectos neuropsicológicos da depressão. *Rev psiqu Rio Grande do Sul.*; v.26, p.204-12. 2004.

SALOMA, A.C.D. et al. Depressão na infância e na adolescência. In: LACERDA, A.L.T. et al. *Depressão: do neurônio ao funcionamento social*. Porto Alegre: Artmed, 2009.

SERRA, S. *Intervenções de enfermagem na pessoa com sintomatologia depressiva: o uso do relaxamento no âmbito do 2º Mestrado em Enfermagem, Saúde Mental e Psiquiatria*. 2014.

THIBODEAU, P.H. et al. The depression schema: how labels, features, and causal explanations affect lay conceptions of depression. *Front psychol.*; v.17, n.6, p.1728, 2015.

VISMARI, L. et al. Depressão, antidepressivos e sistema imune: um novo olhar sobre o velho problema. *Rev psiqu clín.*; v.35, n.5, p.196-204, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) *Depression: fact sheet* n°369.

October 2015. Disponível em:

<<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en>>. Acesso em: 19 dez.2015.

_____. *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10*.
Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

ZAVASCHI, M.L.S. et al. Associação entre trauma por perda na infância e depressão na vida adulta. *Rev bras psiqu.*; v.24, n.4, p. 189-95, 2002.